

working party. London: RCP, - 2012. - URL <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2> (дата обращения: 18.01.2019).

УДК 618

**Гавринёва А.В., Глазачев А.С., Бердникова А.А.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПАЦИЕНТОК ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО
КОНТИНГЕНТА КЛИНИЧЕСКОГО МНОГПРОФИЛЬНОГО
СТАЦИОНАРА**

Кафедра анестезиологии, реаниматологии, токсикологии и
трансфузиологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Gavrineva A.V., Glazachev A.S., Berdnikova A.A.
ASSESSMENT OF THE QUALITY OF POSTOPERATIVE
ANALGESIA OF PATIENTS OF THE GYNECOLOGICAL CONTINGENT
OF A CLINICAL MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL**

Department of anesthesiology, resuscitation, toxicology and transfusiology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: gavrineva1996@bk.ru

Аннотация. Проведена оценка качества послеоперационного обезболивания пациенток гинекологического профиля. Материалом для работы послужили данные анкетирования и тестирования пациенток, поступивших в гинекологическое отделение МБУ «ЦГКБ №1 Октябрьского района» в течение ноября 2018 года с целью проведения оперативного вмешательства. Применение современных методик послеоперационного противоболевой защиты у пациенток гинекологического контингента позволяет добиться адекватного обезболивания и удовлетворенности пациенток проведенным лечением. Повышенный дооперационный уровень тревожности у данной категории пациенток может являться предиктором выраженного послеоперационного болевого синдрома.

Annotation. The quality of postoperative analgesia in gynecological patients was assessed. The material for the work was the data of questionnaires and testing of patients admitted to the gynecological department of City Central Hospital №1 of Yekaterinburg in November 2018 for the purpose of surgery. The use of modern methods of postoperative analgesia protection in patients of gynecological contingent allows to achieve adequate anesthesia and patient satisfaction with the treatment.

Increased preoperative anxiety level in this category of patients may be a predictor of severe postoperative pain syndrome.

Ключевые слова: обезболивание, гинекология, болевой синдром.

Key words: analgesia, gynecology, pain syndrome.

Введение

Ежегодно в России выполняется более 1 млн. гинекологических операций. [2] По международной классификации все операции данного профиля относят к категории среднетравматичных и низкотравматичных [3], в связи с чем считалось, что эта категория пациенток не страдает от выраженного болевого синдрома. Проводимые в последнее десятилетие исследования опровергли эту, казалось бы, устоявшуюся точку зрения. Исследование, включавшее 746 клиник в семи странах Центральной и южной Европы RATHOS выявило неудовлетворительное качество послеоперационного обезболивания. Масштабное исследование 2013 года, включившее более 50 тысяч пациенток 105 клиник Германии, показало, что максимальные оценки интенсивности боли в первые сутки после операции или в начальный период активизации пациентов, были отмечены после гинекологических операций. [4] Оценки по цифровой шкале при оперативных вмешательствах данного профиля достигали 6-7 баллов, тогда как по рекомендациям ВОЗ и IASP уровень послеоперационной боли не должен превышать 3 баллов в покое и 4 при движении. [1] Повышение уровня послеоперационной боли не только ведет к формированию негативного отношения к оперативным вмешательствам данного профиля и увеличивает сроки повторного обращения в случае возникновения заболевания, но и является причиной развития хронического послеоперационного болевого синдрома, что следует рассматривать как ятрогенную инвалидизирующую ситуацию. Таким образом, вопрос адекватного ведения пациенток гинекологического профиля остается актуальным и требует учитывать индивидуальные особенности физического и психического состояния каждой пациентки для подбора оптимального режима послеоперационного обезболивания и снижения риска осложнений.

Цель исследования – оценить эффективность послеоперационного обезболивания пациенток гинекологического профиля.

Материалы и методы исследования

Проведено обсервационное проспективное «когортное» исследование. Материалом для работы послужили данные анкетирования и тестирования пациенток (n=39), поступивших в гинекологическое отделение МБУ «ЦГКБ №1 Октябрьского района» в течение ноября 2018 года с целью проведения оперативного вмешательства. Каждая пациентка получила подробную информацию о проводимом исследовании и подписала информированное согласие на участие в исследовании. На дооперационном этапе путем анкетирования оценивались: исходный уровень боли в покое и при движении; психологическое состояние перед операцией; анамнез жизни. Оценка уровня боли производилась по цифровой рейтинговой шкале, представляющей собой

горизонтальную линию с расположенными на ней цифрами от 1 до 10, где 0 – «отсутствие боли», 5 – «умеренная боль», 10 – «сильнейшая боль, которую только можно представить». Для оценки психологического состояния перед операцией использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), которая разработана для первичного выявления тревоги и депрессии в условиях общемедицинской практики, состоит из 7 вопросов для оценки уровня тревоги и 7 для оценки уровня депрессии, варианты ответов оцениваются от 0 до 3 баллов. Для оценки результата баллы суммируются, 0-7 баллов – отсутствие достоверно выраженных симптомов, 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога или депрессия, 11 баллов и более – клинически выраженная тревога или депрессия.

Анестезиологическое пособие и послеоперационное обезболивание проводилось согласно разработанного в клинике «протоколу противоболевой терапии хирургического стационара», включающее превентивную аналгезию (исходная ЦРШ > 3 баллов), профилактику послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР), нейропатической боли (при операциях высокой травматичности), анестезию в зависимости от способа операционного доступа и вида оперативного пособия (тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ, комбинированная спиноэпидуральная анестезия, комбинированная тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ с эпидуральной анестезией, СМА, седельный блок), послеоперационное обезболивание в виде мультимодальной аналгезии (нестероидные противовоспалительные средства - НПВС, парацетамол ± различные виды периферических блокад) либо нейроаксиальная блокада (эпидуральная аналгезия).

На послеоперационном этапе проводилась оценка интенсивности болевого синдрома в покое и в период активизации, сроков первого подъема, приема жидкости и пищи, необходимости дополнительного обезболивания, наличие и проявление побочных реакций. На этапе выписки пациенток из стационара проводилась оценка общего настроения и удовлетворенности качеством периоперационного обезболивания.

Все данные были подвергнуты общепринятой статистической обработке с помощью программы Microsoft Office Excel 2013 и программы *STATISTICA 10*. Для оценки нормальности распределения был использован критерий Шапиро-Уилка. Наличие связи между показателями устанавливалось с помощью диаграмм рассеивания и критерия корреляции Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

В плановом порядке было прооперировано 32 (82%) женщины, в неотложном порядке 7 (17,9%). Оперативные вмешательства включали в себя операции на матке изолированно 20 (51%) и в сочетании с другими хирургическими манипуляциями, изолированно операции на придатках матки 11 (28%), изолированно пластика влагалища и мышц тазового дна 8 (20,5%).

Данные операции были выполнены с применением следующих анестезиологических пособий: тотальная внутривенная анестезия 18 (46%), комбинированная спинально-эпидуральная анестезия 6 (15,4%), седельный

блок 10 (25,6%), сочетанная анестезия 5 – тотальная внутривенная в сочетании с эпидуральной (12,8%) операций соответственно (Рис.1).

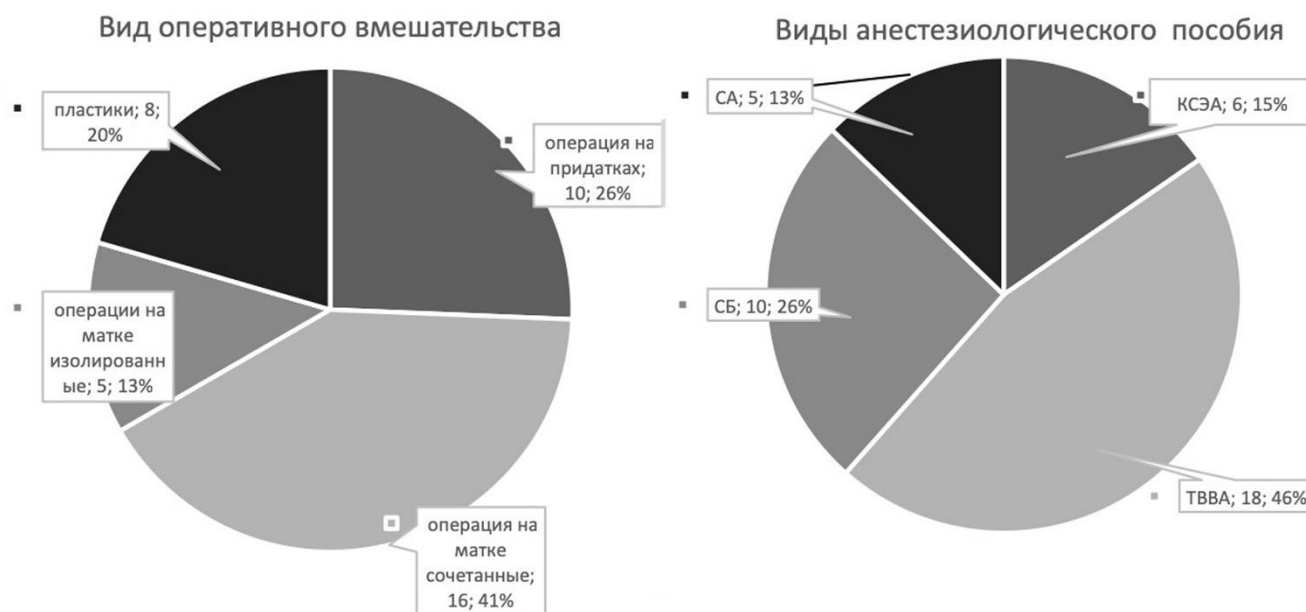


Рис.1. Вид вмешательства и обезболивания

При оценке исходного уровня тревоги и депрессии было выявлено, что медиана уровня тревожности составила 8, что соответствует уровню субклинически выраженной тревоги, а медиана уровня депрессии 3, что является нормой.

Согласно данным диаграммы рассеивания, абсолютное значение r_{xy} равен 0.70 корреляционная связь высокая, положительная, что свидетельствует о том, что пациентки клинически/субклинически выраженной тревогой сильнее реагируют на послеоперационную боль, независимо от степени травматичности операции, нежели пациентки, чей уровень дооперационной тревожности находится в пределах допустимых значений (Рис.2).

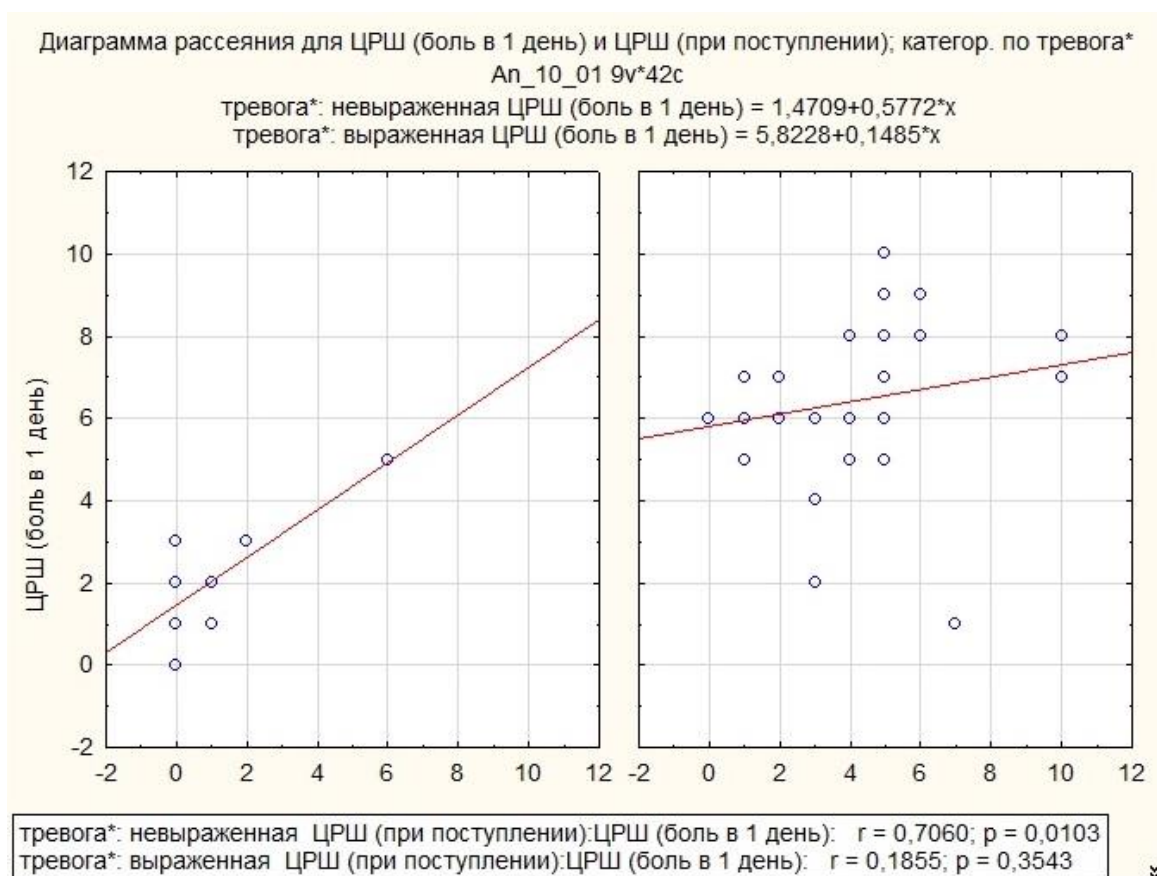


Рис.2. Диаграмма рассеяния

Кроме того, 3 пациенткам (7,69 %) с медианой уровня тревоги 20 баллов, т.е. клинически выраженной тревогой (всем трем была выполнена лапаротомия по Пфаненштилю, в одном случае – консервативная миомэктомия, в двух других - экстирпация матки с трубами), потребовалось применение в послеоперационном периоде наркотических анальгетиков.

Опрошенные перед выпиской пациентки выразили высокую удовлетворенность качеством послеоперационного обезболивания: 85% (33) пациенток оценили обезболивание на отлично, 13% (5) хорошо и 2% (1) удовлетворительно. При этом, все 100% пациенток отметили, что в случае повторной операции выбрали бы такое же обезболивание.

Выводы:

1. Дифференцированное применение современных методик послеоперационной противоболевой защиты у пациенток гинекологического контингента, с учетом вида оперативного вмешательства, позволяет добиться адекватного обезболивания и удовлетворенности пациенток проведенным лечением.

2. Повышенный дооперационный уровень тревожности у данной категории пациенток может являться предиктором выраженного послеоперационного болевого синдрома, независимо от степени травматичности выполненной операции.

3. Опросник HADS может служить скрининговым тестом, определяющим необходимость дооперационного психотерапевтического консультирования пациентов, госпитализируемых для планового оперативного лечения.

Список литературы:

1. Вуколова В.А. Рациональное ведение послеоперационного периода при кесаревом сечении / Енькова Е.В. // Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Российская Федерация. - 2015.
2. Гигорьев Е.В. Дифференцированный выбор двух стратегий анестезиологического пособия в гинекологической хирургии / В.С. Шадус, Т.А. Пазина, В.С. Власов, А.С. Ахапкина // Кемеровская государственная медицинская академия, Кемеровская областная клиническая больница. - 2013.
3. Международная классификация болезней – 10 [Электронный ресурс]. – Электрон. Дан. 2007г.
4. Gerbeshagen H., Aduckathil S., Van Wijck A. et al. Pain intensity on the first day after surgery. Anesthesiology. - 2013.

УДК 616.127-005.8-085.273.53 (075.9)

**Кульпина Т.А., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОУРОКИНАЗЫ ПРИ ОСТРОМ
КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kulpina T.A., Khusainova D.F., Sokolova L.A.
EXPERIENCE OF APPLICATION OF PROUROUS KINASE IN
ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ST-SEGMENT RISING AT THE
PRE-HOSPITAL STAGE**

Department of hospital therapy and emergency medical service
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: kulpina_tatyana_alekseevna@mail.ru, husainovad@mail.ru

Аннотация. В статье проанализированы 14 случаев острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКСспST), которые получили тромболитическую (ТЛТ) на догоспитальном этапе препаратом проурокиназой за 2018 года в г. Ревда Свердловской области и определена клиническая эффективность данной процедуры и по данным электрокардиографии (ЭКГ).

Annotation. The article analyzed 14 cases of acute coronary syndrome with ST-segment elevation (STEMI-ACS), which received thrombolytic (TLT) at the prehospital stage with the preparation of prourokinase for 2018 in the city of Revda,